TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU DOCTEUR GABRIEL RENARD

ADDENDUM



LISTE CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1936

[44]. **Troubles oculaires de la grossesse. Gynécologie et obstétrique.** Nov. 1936, p. 337.

1937

[45]. **La migraine ophtalmique.** (En collaboration avec le Dr Mekdjian). *Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine*. (Prix Leveau). Un vol. 146 pages. (Masson, édit.).

[46]. **Hémorragies rétiniennes au cours des hémorragies méningées du nourrisson.** *Archives d'Ophtalmologie,* N° 1, Janvier 1937, p. 30.

[47]. **Les tumeurs intraoculaires malignes.** *Bulletin Médical,* 29 mai 1937, p. 368.

[48]. **Le glaucome chronique.** *Feuillets médicaux,* sept. 1937.

[49]. **La migraine ophtalmique.** *Feuillets médicaux,* nov. 1937.

1938

[50]. **Primo-infection tuberculeuse de la conjonctive** (complexe primaire conjonctivo-prétragien). En collaboration avec MM. J. Troisier, M. Bariéty, P. Nico et R. Genévrier. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*), 17 janvier 1938.

[51]. **Sur un cas de syphilis ulcéreuse des paupières.** (En collaboration avec M. P. Halbron et Mlle Proux). *Bull. Soc. Opht. Paris,* 19 mars 1938.

[52]. **Orgelet et chalazion.** *Feuillets médicaux,* juillet 1938.

[53]. **Sur les manifestations palpébrales de la syphilis tertiaire.** (En collaboration avec le Dr P. Halbron). *Archives d'Opht.*, t. II, juillet 1938, p. 599.

[54]. **Lésions oculaires des néphrites chroniques.** *Feuillets médicaux,* octobre 1938.

1939

[55]. **Sur un cas héréditaire de sclérose tubéreuse de Bourneville : adénomes sébacés ; crises convulsives, phacomatose rétinienne ; calcifications intracraniennes, tumeurs périunguéales de Kœnen.** (En collaboration avec M. R. Garcin, Mlle S. Huguet et M. P. Caron). *Soc. Neurol. Paris,* janvier 1939 et *Revue Neurologique,* t. 71, n° 1, p. 62.

[56]. **Traité d'Ophtalmologie,** t. IV (Masson, édit). *Article : Maladies de la conjonctive.* (En collaboration avec le Dr R. Nataf). *Sous presse,* 144 pages, 16 pl. en couleurs.

Troubles oculaires de la grossesse. — *Gynécologie et Obstétrique,* novembre 1936, p. 337. [44].

Les accidents oculaires au cours de la grossesse peuvent être classés en deux catégories : les uns surviennent au début et sont bénins : mouches volantes, altération de la sensibilité rétinienne, baisse transitoire de l'accommodation, etc... Les parésies de la convergence ainsi que la pigmentation des paupières sont peut-être d'origine thyroïdienne. Le rétrécissement bitemporal du champ visuel, que certains rattachent à un gonflement de l'hypophyse, semble rare.

Plus tardivement, on observe des accidents plus graves. On peut voir de la stase papillaire avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. La rétinite gravidique semble devoir être rapprochée de la neuro-rétinite des rénaux hypertendus. L'une et l'autre paraissent être conditionnées par une atteinte de l'état général dont la symptomatologie comporte : une neuro-rétinite avec hémorragies péripapillaires, une élévation de la tension artérielle, des troubles rénaux. La rétinite sans œdème de la papille et avec étoile maculaire est une forme plus tardive qui ne s'observe guère dans la grossesse que s'il s'agit d'une malade ayant une atteinte rénale antérieure. Le pronostic de la rétinite gravidique est sérieux au cours de l'éclampsie et on peut être conduit à interrompre la grossesse. Après l'accouchement, la guérison survient en général. Le décollement rétinien a été signalé ainsi que des amauroses subites et des hémianopsies, probablement par œdème ou spasme vasculaire cérébral. Enfin, la névrite optique peut relever soit de l'intoxication gravidique, soit du réveil d'une infection ancienne.

Au moment du travail se rencontrent des accidents mécaniques : hémorragies de la rétine, exophtalmos pulsatile, oblitération de l'artère centrale. Enfin, dans le post-partum, outre l'amaurose due aux pertes sanguines, on voit rarement des accidents infectieux allant de l'iritis à la thrombo-phlébite.

La migraine ophtalmique. (En collaboration avec le Dr Mekdjian). *Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine* (Prix Leveau). 1 vol., 146 p. (Masson, édit).

Si la symptomatologie de la migraine ophtalmique est bien connue, son mécanisme et son étiologie comportent encore bien des incertitudes. Cependant, une étude clinique attentive permet de dégager un certain nombre de notions.

Un spasme vasculaire occipital paraît pouvoir seul expliquer les phénomènes visuels, cependant l'extension fréquente des scotomes d'un côté à l'autre exige la propagation du spasme d'un territoire vasculaire à un autre. La douleur siégeant dans le territoire du trijumeau est d'interprétation difficile. Certains faits de sédation par une infiltration de novocaïne sous la peau de la région frontale permettent de penser que la théorie expliquant la douleur migraineuse par l'axon reflexe est peut-être exacte.

Certains sujets présentent des migraines rares, se déclenchant sous l'influence d'une même cause qu'il faudra rechercher : fatigue, intoxication, effort visuel chez un amétrope, etc. Le rôle de l'astigmatisme paraît d'ailleurs particulièrement important. Chez d'autres malades au contraire, les migraines sont fréquentes, se déclenchant dans des circonstances très variées. Il semble qu'en ce cas la prédisposition du sujet soit telle que toute perturbation accidentelle puisse déchaîner la crise. Le terrain joue alors le rôle primordial.

Ce terrain est d'ailleurs complexe. L'hérédité est fréquente. On trouve généralement plus ou moins apparents des troubles hépato-digestifs, des anomalies du fonctionnement endocrinien, parfois un psychisme un peu anormal, une sensibilité particulière du système neuro-végétatif et de façon à peu près constante une instabilité de la tension artérielle, avec tendance à l'hypotension. Ceci est vrai surtout pour les sujets jeunes, car les migraines que l'on peut observer chez certains malades âgés et hyper-

tendus ont un pronostic et une signification différente, et méritent d'être rapprochées des accidents hémiplégiques transitoires plus que de la migraine ophtalmique vraie.

La thérapeutique de la migraine doit être précédée d'une étude minutieuse du malade. Chez certains sujets, assez faiblement prédisposés et à migraines rares, on pourra réduire considérablement le nombre des crises en supprimant une cause occasionnelle. Chez d'autres, on ne pourra obtenir ainsi qu'une amélioration très faible. Dans ce cas, on devra s'efforcer de modifier le terrain en traitant suivant les cas le déséquilibre neuro-végétatif ou endocrinien, les troubles hépatiques, etc.

Hémorragies rétiniennes au cours des hémorragies méningées du nourrisson. — *Archives d'Ophtalmologie,* n° 1, janvier 1937, p. 30. [46].

Dans le groupe des hémorragies méningées du nourrisson, un type clinique bien défini est la pachyméningite hémorragique. Dans cette affection, l'existence d'hémorragies rétiniennes a déjà été signalée. La date d'apparition de l'affection, entre 2 et 6 mois en général, permet de dire que la présence de suffusions sanguines sur la rétine, considérée comme fréquente chez le nouveau-né par Fleming et Morton, est dans le cas particulier nettement pathologique. Parmi les types d'hémorragies qui ont été décrits dans les observations antérieures, il faut écarter celui qui est constitué par des hémorragies péripapillaires avec œdème de la papille, car il correspond surtout à l'hypertension intracranienne. Ce qui semble être particulier à la pachyméningite hémorragique du nourrisson, c'est la présence en un point quelconque de la rétine de flaques hémorragiques sans modifications papillaires. Ce symptôme est fréquent (au moins 30 % des cas). L'hérédo-syphilis, qui paraît être en général à l'origine de la maladie, frappe sans doute à la fois les vaisseaux méningés et les vaisseaux rétiniens, d'où leur fragilité congénitale.

Primo-infection tuberculeuse de la conjonctive (complexe primaire conjonctivo-prétragien. (En collaboration avec MM. Troisier, M. Bariéty, P. Nico et R. Genévrier). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 17 janvier 1938. [50].

Les observations authentiques de primo-infection tuberculeuse conjonctivale sont rares. Chez une femme de 21 ans, ayant habité la campagne, est apparue une ulcération tenace et indolente de la conjonctive palpébrale supérieure accompagnée d'une volumineuse adénopathie prétragienne. On a pu déceler la présence du bacille de Koch dans l'ulcération, dans le pus ganglionnaire et dans le sang de la malade. Aucune autre localisation n'a été mise en évidence.

Les signes oculo-ganglionnaires, l'intensité hyperallergique de la cuti-réaction à la tuberculine, la constatation d'une bacillémie précoce, l'absence de toute autre localisation permettent de penser qu'il s'agit bien d'une primo-infection. L'accident palpébral tend d'ailleurs à évoluer vers la guérison, à condition que l'on s'abstienne de toute thérapeutique irritante.

Sur les manifestations palpébrales de la syphilis tertiaire. (En collaboration avec le Dr P. Halbron). *Archives d'Ophtalmologie,* T. 2, juillet 1938, p. 599 [53].

La syphilis tertiaire des paupières se voit surtout entre 30 et 50 ans, plus souvent chez la femme. C'est d'ailleurs un accident extrêmement rare. Il en existe plusieurs aspects : 1°) La gomme qui, au début, ressemble à un chalazion, puis s'ulcère à la peau. A ce stade, la lésion n'ayant aucune tendance à la guérison, risque d'être confondue avec une ulcération néoplasique, mais l'efficacité du traitement lèvera tous les doutes.

2°) La tarsite syphilitique peut être diffuse ou nodulaire. La région tarsienne épaissie et indurée prend l'aspect d'une sorte de bourrelet. Enfin, la tarsite marginale simule une blépharite ulcéreuse. Mais il existe de larges pertes

de substance à bords arrondis reposant sur une base indurée. Les cils sont détruits. Il existe parfois d'autres lésions analogues en d'autres points de l'organisme. Ce fut le cas chez une malade dont l'observation est rapportée. Il y avait une gomme du voile du palais, associée à une tarsite marginale. Il faut souligner la guérison très rapide qui survint avec réparation des pertes de substance sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré qui semble particulièrement efficace en ces cas.

Sur un cas héréditaire de sclérose tubéreuse de Bourneville : adénomes sébacés, crises convulsives, phacomatose rétinienne, calcifications intracraniennes, tumeurs périunguéales de Koenen. (En collaboration avec M. R. Garcin, Mlle Huguet et M. P. Caron). *Soc. Neurol. Paris,* 5 janvier 1939 et *Revue Neurologique,* T. I, n° 1, p. 62. [55].

Chez une femme de 30 ans, nous avons pu retrouver tous les éléments d'association symptomatiques rencontrés au cours des adénomes sébacés de la face. Il existait en effet des nodules calcifiés probablement paraventriculaires visibles sur les radiographies du crâne, des productions d'aspect charnu ou corné du limbe périunguéal (tumeurs de Koenen), des plaques fibroïdes d'aspect chagriné, des taches de lentigo, des nævi pigmentaires, du molluscum, de petits angiomes. Le père de cette malade présenta un syndrome analogue. Enfin, l'examen du fond de l'œil permit de découvrir une formation kystique située au bord de la papille et une tache blanc jaunâtre située un peu au-dessus de la macule.

Maladies de la conjonctive. *Traité d'ophtalmologie,* T. IV (Masson, édit). (En collaboration avec M. R. Nataf), sous presse, 144 p. et 16 pl. en couleurs. [56].

Une classification des maladies de la conjonctive est difficile ; cependant, parmi celles dont le germe est connu, certaines ont un aspect clinique propre qui permet d'en

soupçonner la nature, d'autres au contraire ont une symptomatologie commune, si bien que l'examen bactériologique seul permet de mettre une étiquette. Puis vient le groupe important des maladies à germe inconnu. Pour chacune des conjonctivites, des planches en couleurs et des photographies montrent les aspects cliniques, biomicroscopique et bactériologique de l'affection.

1939. Imprimerie CLERC (S. à R. L.) St-Amand (Cher)